

N° 58

# SÉNAT

1<sup>re</sup> SESSION ORDINAIRE DE 1961-1962

---

Annexe au procès-verbal de la 2<sup>e</sup> séance du 14 novembre 1961.

---

## AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi de finances pour 1962, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.*

TOME I

**SANTE PUBLIQUE ET POPULATION**

Par M. André PLAÏT

Sénateur.

---

(1) *Cette commission est composée de :* MM. Roger Menu, *président* ; André Plait, André Dulin, Jean-Louis Fournier, *vice-présidents* ; Marcel Lambert, François Levacher, Louis Roy, *secrétaires* ; Ahmed Abdallah, Emile Aubert, Marcel Audy, Abdenmour Belkadi, Brahim Benali, Lucien Bernier, Ahmed Boukikaz, Joseph Brayard, Martial Brousse, Robert Burret, Omer Capelle, Mme Marie-Hélène Cardot, MM. André Chazalon, Marcel Darou, Francis Dassaud, Mme Renée Dervaux, MM. Adolphe Dutoit, Jean Fichoux, Etienne Gay, Lucien Grand, Georges Guénil, Paul Guillaumot, Jacques Henriet, M<sup>Hamet</sup> Kheirate, Roger Lagrange, Mohammed Larbi Lakhdari, Arthur Lavy, Francis Le Basser, Bernard Lemarié, Paul Lévêque, Georges Marie-Anne, Louis Martin, André Méric, Léon Messaud, Eugène Motte, Menad Mustapha, Hacène Ouella, Joseph de Pommery, Charles Sinsout, Robert Soudant, Mme Jeannette Vermeersch, MM. Joseph Voyant, Raymond de Wazières, Mouloud Yanat.

**Voir les numéros :**

**Assemblée Nationale (1<sup>re</sup> législ.) :** 1436 et annexes, 1445 (annexe 24), 1466 et in-8° 331.  
**Sénat :** 52 et 53 (tome III, annexe 23) (1961-1962).

Mesdames, Messieurs,

Le budget de la Santé publique et de la Population, sur lequel votre Commission des Affaires sociales m'a prié de vous faire connaître son avis, fait apparaître pour 1962 un total de crédits de paiement s'élevant à la somme de 1.614.392.861 NF, en augmentation de 161.809.767 NF sur le budget de 1961, qui prévoyait 1.452.583.094 NF.

Par ailleurs, les autorisations de programme prévues pour 1962 se montent à 195 millions de nouveaux francs, soit 41 millions de nouveaux francs de plus qu'en 1961, la somme correspondante étant alors de 154 millions de nouveaux francs.

Il convient de distinguer, selon la présentation traditionnelle, le budget de fonctionnement et le budget d'équipement.

## PREMIERE PARTIE

### DEPENSES ORDINAIRES

Le budget de fonctionnement se caractérise essentiellement par la création de nouveaux organismes et par le développement et l'accroissement des moyens existants, qui permettront au Ministère de la Santé publique et de la Population de mieux remplir sa tâche et d'accroître son efficacité.

#### A. — Les services et organismes spécialisés.

Nous pensons pouvoir fournir au Sénat des renseignements et des informations sur un certain nombre de ces organismes qui, dans le cadre de l'examen du budget, présentent un intérêt particulier.

Le lecteur trouvera ces observations dans les pages qui suivent, à l'occasion de l'examen des chapitres qui ont spécialement retenu l'attention de votre Commission.

*Centre technique d'équipement sanitaire et social (chapitre 31-01).*

La création de ce centre, en 1960, répondait à un souci de mieux utiliser les crédits d'équipement mis à la disposition des collectivités locales aussi bien au stade de l'étude des projets qu'à celui de la réalisation des opérations.

Le budget de 1961 ne prévoyait en fait qu'une première mesure destinée à la formation du noyau de ce centre technique, actuellement installé au Vésinet.

Le nombre d'affaires, la nécessité d'instruire plus rapidement et plus attentivement les demandes de subventions, le souci de réduire le coût des opérations, l'urgence de la réalisation des opé-

rations commandent le renforcement immédiat du centre technique, dont les moyens doivent être proportionnés aux tâches qui lui sont assignées.

Le Ministère de la Santé publique et de la Population doit, en effet, faire face aux tâches qui résultent de la considérable augmentation des crédits affectés à l'équipement sanitaire et social. De 1958 à 1962, ces crédits doivent s'accroître dans le rapport de 1 à 6. Dès maintenant, il faut envisager, à partir de 1963, pour exécuter le plan d'équipement 1962-1965, un montant annuel de travaux qui dépassera 100 milliards d'anciens francs pour les travaux subventionnés ; le rythme de 1958 sera décuplé.

Il s'est donc avéré nécessaire de constituer un groupement des moyens mis en œuvre, dont la nature et le volume pourront être adaptés à l'échelle du rôle important qui lui est confié.

Le personnel du centre technique peut être classé en trois catégories :

1° Ingénieurs appartenant à d'autres administrations (Manufactures de l'Etat et Ponts et Chaussées) mis par elles à la disposition du Ministère sans que cette mesure ait nécessité la création d'emplois au budget de la Santé publique ;

2° Fonctionnaires pris sur les effectifs du Ministère de la Santé publique ;

3° Agents dont le recrutement s'avère nécessaire et qui constituent le personnel d'exécution : il s'agit là de créations d'emplois faisant l'objet des mesures nouvelles prévues à l'article 2 du chapitre 31-01.

Votre Commission s'est montrée très favorable à l'extension de ce centre, qui devient un nouvel organisme appelé à rendre les plus grands services. Elle souhaiterait que les hôpitaux ruraux et les hospices possédant une documentation ou des moyens insuffisants soient avertis de l'aide et des conseils que pourrait leur apporter le centre technique de l'équipement sanitaire et social tant pour leurs travaux d'aménagement que pour leur extension.

*Cellule de statistique « prix de journée » (chapitre 31-01).*

La cellule de statistique « prix de journée » est une nouvelle création rendue indispensable par la mise en application de la réforme hospitalière et de la réforme des centres hospitaliers et

universitaires. Elle donnera une connaissance parfaite et approfondie des activités des hôpitaux sous le triple aspect de la gestion administrative, financière et médicale.

Il convient de mettre en œuvre des méthodes nouvelles et directes pour résoudre le problème des prix de journée dans les établissements hospitaliers, dont la solution ne peut être plus longtemps différée si l'on veut réaliser dans des conditions satisfaisantes les réformes qui ont été décidées.

Il faut souligner que la notion « statistique des prix de journée » n'est qu'un aspect et non le but unique de ce service. Elle découle du programme de travail envisagé, dont seuls les deux premiers chapitres pourraient être traités avec les moyens réduits dont disposerait le service lors de sa création.

Ce programme de travail est ainsi composé :

I. — Fichier central de l'équipement hospitalier.

II. — Statistiques de gestion :

- Mouvement de la population hospitalière ;
- Mouvement du personnel des hôpitaux ;
- Finances et économie.

III. — Statistiques médico-sociales :

- Statistiques générales de morbidité hospitalière ;
- Etude des zones d'attraction, etc.

IV. — Statistiques prospectives et statistiques de péréquation.

Il convient de remarquer que cette réalisation fait suite aux études qui se poursuivent depuis quelques années, et qui ont abouti sur de nombreux points déjà, sur la mise en place dans les hôpitaux d'imprimés normalisés.

*Centre d'éducation sanitaire et sociale* (chapitre 36-11).

Le Centre d'éducation sanitaire et sociale est appelé à rendre d'immenses services en multipliant dans le pays des conférences, des présentations filmées auxquelles la population sera conviée.

Aux termes des dispositions des arrêtés des 17 octobre 1945 et 20 décembre 1952, la gestion des services d'éducation sanitaire et sociale (Centre national et centres interdépartementaux) avait été confiée à des associations privées (le Comité national d'éducation sanitaire et ses filiales régionales). Cette formule ne répondant plus

aux nécessités administratives et techniques qu'impliquent l'évolution de l'action éducative et le développement des services chargés de sa mise en œuvre, de nouvelles dispositions, qui doivent entrer en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1962, ont été prises en vue de la réorganisation de ces services.

Le projet de décret élaboré en vue de promouvoir cette réforme prévoit le rattachement à l'Institut national d'hygiène des services d'éducation sanitaire et sociale, qui constitueront, au sein de cet établissement public, le Centre national d'éducation sanitaire et sociale. Cet organisme comprend un service central et, dans chaque région sanitaire, une délégation régionale.

Le Centre national d'éducation sanitaire et sociale est chargé, sous l'autorité du Ministre de la Santé publique et de la Population, et conformément aux indications fournies par le Conseil supérieur d'éducation sanitaire et sociale, organisme consultatif, d'élaborer, de coordonner et de mettre en œuvre les programmes éducatifs.

Le Centre national est administré par un directeur, assisté d'un comité de direction composé de sept membres désignés par le Ministre de la Santé publique et de la Population, pour une durée de trois ans. Le directeur établit, après avis du comité de direction, le projet de budget du Centre, qui constitue une section spéciale de l'Institut national d'hygiène. Par délégation, il exerce l'ensemble des pouvoirs d'ordonnateur de recettes et de dépenses prévues à cette section spéciale. Il procède à la nomination du personnel.

Le Centre national d'éducation sanitaire et sociale assure le fonctionnement et contrôle l'activité d'un centre régional dans chaque région sanitaire. La direction de chaque centre régional est confiée, par arrêté du Ministre de la Santé publique et de la Population, soit à des membres du corps enseignant des Facultés de Médecine et Ecoles nationales de Médecine et de Pharmacie, soit à des médecins relevant d'autres administrations et justifiant d'une qualification en matière d'éducation sanitaire et sociale. Un conseil régional d'éducation sanitaire et sociale, institué auprès du directeur de chaque centre régional, est chargé de proposer les moyens nécessaires à la réalisation, dans le cadre de chaque région, des programmes éducatifs.

Enfin, le décret prévoit, sur le plan départemental, la constitution d'un conseil départemental d'éducation sanitaire et sociale qui assiste le directeur départemental de la santé et le directeur départemental de la population et de l'action sociale, chargés de l'exécution des programmes intéressant le département.

*Service d'étude de la population inadaptée (chapitre 36-21).*

Le service d'étude de la population inadaptée a pour tâche de tenir à jour une documentation et d'étudier les conditions de l'inadaptation et les moyens de l'éviter.

1. — *Sa nécessité :*

Alors que la recherche scientifique a fait d'importants progrès au cours des dernières années dans les sciences physiques et dans les sciences humaines, un grand retard a été pris dans certains domaines de la recherche démographique et sociale, notamment pour tout ce qui concerne l'étude des *éléments inadaptés* de la population.

La société évolue en assurant diverses protections (enseignement, sécurité sociale, logement, travail, etc.) et en offrant aux individus diverses façons d'acquérir un revenu.

La majorité des individus s'intègre ainsi dans ce dispositif, mais, pour plusieurs raisons, une minorité ne s'adapte pas, qu'il s'agisse d'enseignement, de travail, de logement, etc. Aussi, cette minorité appelle-t-elle des traitements curatifs (assistance, établissements spéciaux, hospices, voire même prisons), alors qu'il serait beaucoup plus avantageux et plus humain de prévenir.

Il est donc nécessaire que soient étudiés, de façon approfondie et, dans toute la mesure du possible, rigoureusement mesurée, les caractéristiques de l'inadaptation et les procédés préventifs qui peuvent l'éviter.

Une telle étude serait génératrice d'économies en matière d'action sociale, dans la mesure où une meilleure connaissance des problèmes permettrait une meilleure adaptation aux besoins des moyens d'intervention.

Les études à accomplir en priorité porteraient d'abord sur l'enfance, la prévention intéressant avant tout celle-ci.

Or ces études ne peuvent être faites dans le cadre actuel de l'Institut national d'études démographiques. Son personnel est, en effet, entièrement utilisé aux travaux que cet organisme a traditionnellement pour mission de poursuivre : prévisions de la population totale et de la population cative, recherches de démographie

qualitative et de génétique, etc. Au surplus, l'Institut n'a pas les moyens financiers nécessaires à des travaux nouveaux importants, car la subvention de l'Etat à l'I. N. E. D. est restée pratiquement stable au cours de ces dernières années.

La création d'un service nouveau, qui serait le « Service d'étude de la population inadaptée », est donc nécessaire. Il ne s'agit pas seulement, en effet, de procéder à une ou deux enquêtes nouvelles, mais de constituer un service qui aura pour tâche de tenir à jour une documentation sur la population inadaptée, les moyens de prévenir cette inadaptation et de la combattre et, d'autre part, de coordonner les recherches entreprises en ce domaine en France, de telle sorte que toutes ces études soient orientées vers la détermination scientifique de la politique d'action sociale de l'Etat.

## 2. — *Sa structure :*

Le fonctionnement du service dont la création est demandée serait assuré, sous l'autorité d'un sous-directeur, par trois chargés de mission, assistés par trois secrétaires.

Les chargés de mission seraient respectivement spécialisés dans l'étude des aspects démographiques, économiques et proprement sociaux des problèmes de l'inadaptation.

Leur activité, s'exerçant en liaison avec celle des unités de recherches qui pourront être instituées dans l'avenir, tendra à centraliser et à exploiter les informations recueillies tant en France qu'à l'étranger, sans préjudice des enquêtes et sondages qui pourraient être entrepris directement dans le cadre de l'Institut national d'études démographiques.

C'est ainsi que le service devrait normalement passer des conventions avec des organismes d'études plus particulièrement axés sur l'analyse des différentes formes de l'inadaptation chez les jeunes ou dans la population adulte, afin d'élargir le champ de ses investigations et de développer dans le sens le plus utile les travaux des chercheurs dont la coordination lui incomberait.

L'ensemble des travaux effectués dans ce cadre doit permettre, en définitive, une meilleure définition de la politique d'action sociale de l'Etat et, de ce fait, des économies importantes au profit des finances publiques et, dans l'avenir, une meilleure prévention des causes d'inadaptation.

*Institut national d'hygiène* (chapitre 36-11).

L'Institut national d'hygiène, établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, fonctionne sous la tutelle du Ministère de la Santé publique et de la Population. La subvention de plus de 20 millions de nouveaux francs, en augmentation sensible sur le budget de 1961 où elle était de 12 millions de nouveaux francs, est très justifiée.

Le développement de l'activité de l'Institut national d'hygiène nécessite l'attribution de sommes importantes.

La recherche médicale fait l'objet d'un projet de programme qui correspond au plan d'équipement 1962-1965 et comporte la construction d'un nombre important de centres de recherches, comprenant une dizaine de savants aidés par un certain nombre de collaborateurs techniques ; la mise en application de la réforme des études médicales renforcera la possibilité ouverte à la recherche, grâce au groupement des enseignants et des cliniciens dans les centres hospitaliers universitaires.

Le laboratoire national de l'Institut national d'hygiène fonctionnera dans le courant de l'année 1962 dans des locaux en construction au Vésinet. Il comprendra le laboratoire national de toxicologie, le laboratoire national de la pollution atmosphérique, le service central de protection contre le rayonnement ionisant, auquel nous consacrerons quelques lignes ainsi qu'à l'Ecole nationale de la Santé publique et au laboratoire national de la pollution atmosphérique.

a) *La détection des rayonnements ionisants.*

Le Ministère de la Santé publique dispose, au sein de l'Institut national d'hygiène, d'un service technique, le Service central de protection contre les rayonnements ionisants (S. C. P. R. I.), créé par l'arrêté du 13 novembre 1956. Celui-ci est chargé de la surveillance de toutes les causes d'irradiation de la population par les rayonnements ionisants, quelle qu'en soit l'origine. Cette surveillance, effectuée en liaison avec les laboratoires d'autres ministères, porte actuellement sur :

— la pollution par les éléments radioactifs de l'atmosphère, des poussières, des effluents gazeux provenant des centres nucléaires, ou des retombées radioactives consécutives aux tests nucléaires ;

— la pollution radioactive des eaux de rivières, des eaux potables et d'irrigation par les effluents radioactifs liquides ou solides des centres nucléaires ;

— la pollution radioactive de la chaîne alimentaire, en particulier du lait par le 90 Strontium et le 137 Césium ;

— la pollution des littoraux par les navires nucléaires et les déchets radioactifs rejetés en mer ;

— l'irradiation médicale de la population (examens radiologiques systématiques, radiothérapie et cobalthérapie, examens radiologiques dentaires, utilisation diagnostique et thérapeutique des radio-éléments dans les hôpitaux, etc.) ;

— l'irradiation et la contamination des personnes exposées professionnellement aux rayonnements (installations de radiologie médicales, industrielles, universitaires) ;

— l'irradiation naturelle (radioactivité naturelle des sols, de l'air, des eaux thermales, etc.).

Le nombre de ces contrôles, dont certains se font à cadence quotidienne, notamment pour l'air et les eaux potables, dépasse actuellement plusieurs milliers par mois. Pour les effectuer, le S. C. P. R. I. comporte un certain nombre de laboratoires spécialement équipés :

Le Service national (Fontenay-aux-Roses) est divisé en groupes spécialisés :

- Contrôle des centres nucléaires ;
- Dosimétrie des rayonnements ;
- Radio-analyses ;
- Documentation ;
- Spectrométrie humaine ;
- Groupe médical ;
- Camions-laboratoires ;
- Intervention d'urgence.

A la tête de chaque groupe est placé un ingénieur. Le personnel de direction du S. C. P. R. I. ainsi que la plupart des ingénieurs possèdent la double formation de biologiste et de physicien, condition indispensable pour l'interprétation correcte des problèmes de radioprotection qui présentent à la fois des aspects médicaux et techniques.

Les laboratoires régionaux assument les responsabilités de la radioprotection dans la région qui leur est impartie et sont spécialisés chacun dans une technique particulière. C'est ainsi, par exemple, que le Service régional de Strasbourg a acquis une haute spécialisation dans les radio-analyses fines de la chaîne alimentaire et dans les séparations, élément par élément, des radio-nuclides qui sont susceptibles de la contaminer ; le Service régional de Nancy s'est spécialisé dans l'analyse détaillée des radiocontaminations des eaux de pluie et des poussières atmosphériques ; le Service régional de Lyon s'est spécialisé dans l'étude de la radio-contamination des eaux de rivières.

Le S. C. P. R. I. dispose enfin d'une série de stations de prélèvements réparties sur le territoire. Au niveau de chacune de ces stations, un responsable effectue des prélèvements quotidiens d'air, sur filtres, d'eaux de pluie, des prélèvements bimensuels de lait et mensuels d'herbe et d'os d'animaux. Des points supplémentaires de prélèvements sont disposés auprès des principaux centres nucléaires. Enfin, des prélèvements bimensuels d'eaux de mer sont effectués en vingt-sept points répartis sur le littoral français.

Les sites nucléaires importants (Saclay, Châtillon, Marcoule, Grenoble, Cadarache, Pierrelatte, E. D. F. 1 et 2, Chooz, les monts d'Arrée, la Hague, etc.) font l'objet d'un contrôle très rigoureux avant, puis pendant leur fonctionnement, en application de protocoles particuliers à chaque centre passés entre le Ministère de la Santé publique et le Haut-Commissariat à l'Énergie atomique.

Le Service central de protection contre les rayonnements ionisants, dont les responsabilités sont encore accrues par la loi sur la pollution atmosphérique (2 août 1961), est en développement rapide et disposera en 1962 d'importants laboratoires au Centre national du Vésinet.

b) *L'École nationale de la Santé publique.*

L'École nationale de la Santé publique a été créée par la loi du 28 juillet 1960, et l'implantation de cet établissement, pour répondre au souci de décentralisation du Gouvernement, a été fixée à Rennes.

Son but est essentiellement de compléter l'enseignement des disciplines de santé publique et d'administration sanitaire et sociale, en vue de les adapter à la formation et au perfectionnement des personnels qui concourent à la protection sanitaire de la population et à l'action sociale, ainsi que des spécialistes désireux d'approfondir leurs connaissances en ces matières.

Les enseignements existants, à développer ou à créer sont donc les suivants :

a) Enseignement destiné aux médecins et aux pharmaciens conduisant au diplôme de médecin ou de pharmacien de la Santé publique ;

b) Enseignement destiné aux directeurs et économes des établissements hospitaliers, conduisant au diplôme d'administration hospitalière ou au certificat d'administration hospitalière ;

c) Enseignement pour le personnel de direction et d'encadrement des services sociaux, conduisant au diplôme supérieur d'administration sociale ou au certificat d'administration sociale ;

d) Enseignement pour ingénieurs, conduisant au diplôme d'ingénieur sanitaire ;

e) Enseignement conduisant au diplôme de statisticien sanitaire ;

f) Enseignement conduisant au diplôme d'éducateur sanitaire ;

g) Enseignement destiné au personnel paramédical (infirmières, sages-femmes, assistantes sociales), conduisant au diplôme de Santé publique.

Outre les cours de base de longue durée, il est prévu un enseignement plus bref (cours de « rafraîchissement » ou de perfectionnement) pour le personnel en place, des cours spécialisés (par exemple sur la migration algérienne, l'éducation des jeunes sourds, etc.) ; enfin, des colloques et des séminaires de brève durée sur des questions particulières.

Il paraît, en outre, indispensable que le personnel enseignant de base puisse effectuer ses propres recherches.

Pour assurer ces différentes tâches, l'Ecole comprend six départements principaux :

- Administration hospitalière ;
- Epidémiologie et médecine préventive ;
- Education sanitaire ;
- Génie sanitaire et architecture ;
- Sciences et techniques sociales ;
- Statistiques,

auxquels il convient d'ajouter celui du personnel paramédical.

Chacun des six départements a la responsabilité d'un enseignement de base et participe à celui des autres départements. A sa tête se trouve un Professeur, directeur du département. Il est assisté par d'autres professeurs, maîtres de conférences agrégés, chefs de travaux et assistants, dont le nombre varie suivant l'importance de l'enseignement.

Celui-ci comporte, à côté des leçons magistrales, un grand nombre de réunions de groupes avec discussions, et de nombreux stages à Rennes, en France et même à l'étranger. Ainsi pour les stagiaires venant des pays en voie de développement, il est prévu que l'Ecole nationale de la Santé disposera de terrains d'application, en particulier en Afrique.

En effet, cet enseignement s'adressera, non seulement aux Français, mais également aux ressortissants des pays d'Outre-Mer de langue française et à de nombreux étrangers. En dehors de l'Ecole de Montréal (Canada), il n'existe pratiquement pas d'enseignement de ce type en langue française, et la création de l'Ecole nationale à Rennes répond à un besoin impérieux.

L'importance du but recherché par l'Ecole nationale de la Santé publique ne saurait donc échapper, et pour assurer dans des conditions satisfaisantes la marche de cet organisme, il a été nécessaire de prévoir le recrutement des différentes catégories de personnel énumérées à l'article 2 du chapitre 36-11. Il ne s'agit là, d'ailleurs, que d'un budget de démarrage, qui ne couvre pas tous les postes nécessaires. Le fonctionnement heureux de cet établissement suppose que des moyens d'action suffisants lui soient accordés ; il sera nécessaire pour cela de lui assurer le concours de personnalités de premier plan.

c) *Le Laboratoire national de la pollution atmosphérique.*

Les intoxications lentes et permanentes causées par la pollution atmosphérique ont fait l'objet d'un récent débat devant le Parlement, sanctionné par une loi. Des mesures sévères doivent être envisagées pour lutter contre la cause même de ces émanations oxycarboniques particulièrement dangereuses.

Il est souhaitable également, ainsi que M. le Ministre de la Santé publique en a donné l'assurance, qu'un projet de loi contre le bruit soit rapidement déposé, afin d'éviter les désordres graves atteignant les organes essentiels de l'audition et de limiter dans notre pays le nombre des sourds et des demi-sourds.

*Service social de la prostitution (chapitre 46-22, article 14).*

L'article 5 de l'ordonnance n° 60-1246 du 25 novembre 1960 rend obligatoire la création, dans chaque département, d'un service social chargé de rechercher et d'accueillir les personnes en danger de prostitution et d'exercer à leur égard et à l'égard des personnes qui se livrent à la prostitution l'action médico-sociale de prévention et de réadaptation nécessaire.

Il prévoit que les dépenses de fonctionnement de ce service ont un caractère obligatoire et sont inscrites au budget du département, l'Etat y participant dans les conditions prévues à l'article 190 du Code de la famille et de l'aide sociale, c'est-à-dire dans la proportion prévue pour les dépenses du groupe I (Etat 83 %, département 17 %).

Par circulaire conjointe (Intérieur, Santé publique) du 15 décembre 1960, des précisions ont été données aux préfets sur la répartition entre les chapitres du budget départemental des différentes dépenses entraînées par ces nouvelles dispositions.

La mise en place de ce service comprendra, d'une part, l'installation de centres destinés à soustraire immédiatement les prostituées à l'influence des proxénètes. Il est, en effet, nécessaire d'assurer leur hébergement dans un établissement autre que le centre d'hébergement réglementaire ou le centre régional d'observation et d'orientation, sur lequel elles seront par la suite dirigées.

Ces centres pourront d'abord être installés dans les villes importantes telles que Paris, Lille, Lyon et Montpellier, ou les grands ports tels que Dunkerque, le Havre, Brest, Nantes, Bordeaux, Sète, Marseille, Toulon et Nice.

Ils comprendront une permanence composée d'une assistante sociale, aidée d'une ou plusieurs adjointes, d'un bureau médical composé d'un médecin psychologue et d'une équipière.

Ces centres d'accueil, imposés par l'urgence, ne comporteront pas plus de trois ou quatre lits. Ils pourront être situés, soit dans des locaux distincts, soit être confondus avec les locaux affectés à la permanence des assistantes sociales, chefs du service.

D'autre part, le service social de prévention et de réadaptation des prostituées proprement dit comprendra, outre les assistantes sociales elles-mêmes, chargées notamment de la permanence, du dépistage des mineures prostituées ou en danger de prostitution, de l'orientation et du reclassement des majeures, une ou plusieurs personnes choisies pour leur qualification, en particulier des éducateurs.

Certaines autres personnes pourront également être appelées à seconder les assistantes sociales, notamment pour les démarches à effectuer ou la conduite de mineures ou majeures en déplacement. Elles pourront être rémunérées soit à temps plein, soit à temps partiel, être titulaires ou contractuelles ou rétribuées à la vacation.

Il convient de signaler à cet égard qu'il ne saurait être question de confier ce délicat service social à des assistantes en début de carrière. En effet, elles auront, dans l'exercice de leur activité, à montrer beaucoup de délicatesse et d'autorité ; il devra être fait presque exclusivement appel, en la circonstance, à des assistantes sociales chefs ou principales.

Par ailleurs, l'organisation d'un tel service social n'est envisagée, à l'origine, que dans dix départements pilotes où la prostitution et le proxénétisme se seront particulièrement manifestés, à savoir :

La Seine, le Rhône, l'Isère, la Loire, les Bouches-du-Rhône, le Var, les Alpes-Maritimes, la Gironde, l'Hérault, la Seine-Maritime.

Il est bon de rappeler que si toutes les dépenses du nouveau service social de la prostitution sont imputées au premier chef au budget départemental, à l'instar de l'ensemble des dépenses d'aide sociale, il n'en demeure pas moins qu'en définitive la part du département ne dépassera pas 17 % en moyenne, la quote-part moyenne de l'Etat dans les conditions prévues pour le groupe I étant évaluée à 83 %.

## B. — Le personnel.

*Services de la santé et services de la population.*

*Indemnités (chapitres 31-12 et 31-22).*

Le relèvement du taux des indemnités pour qualification professionnelle des inspecteurs de la santé marque le souci d'améliorer le traitement insuffisant des fonctionnaires. Afin d'accéder à ce poste, ils ont dû poursuivre de longues études et obtenir leur diplôme de docteur en médecine.

Votre Commission pense qu'il n'existe pas dans la fonction publique d'autre personnel dont le début de carrière soit aussi retardé. C'est pourquoi des dispositions doivent être prises pour rendre décent le traitement des inspecteurs de la santé et continuer à assurer leur recrutement.

La situation des inspecteurs de la population et de l'aide sociale doit faire l'objet d'un examen sérieux et urgent. Le service qu'ils assurent comporte l'aide à l'enfance, le contrôle et la gestion des établissements d'hospitalisation et de soins, l'action et l'aide sociales. Ces tâches diverses imposent une connaissance approfondie de textes multiples en constante évolution. Les cas qui leur sont soumis doivent être examinés avec beaucoup de tact et d'humanité, leur rôle psychologique étant fort important. Qu'on ne s'étonne pas si leur effectif est notoirement insuffisant ; il suffit de considérer que leur avancement à l'ancienneté est arrêté à l'indice 410. Dans l'intérêt même de ce service, cette situation doit être réglée.

*Personnel des hôpitaux.* — La fonction hospitalière doit être revalorisée à tous ses degrés ; non seulement il faut créer de véritables vocations de soignants et de soignantes par le développement et l'augmentation des bourses, mais il faut donner aux personnels hospitaliers une juste et équitable rémunération.

### C. — Action sociale. — Prévoyance.

*Lutte contre les fléaux sociaux* (chapitre 47-12).

#### Protection maternelle et infantile.

Parmi les mesures prophylactiques et de lutte contre les fléaux sociaux, il faut signaler un crédit de 4 millions de nouveaux francs de mesures nouvelles destiné à la participation de l'État aux dépenses causées par l'application aux mères, aux futures mères et aux enfants jusqu'à l'âge de six ans des dispositions relatives à la protection qui constituent le Titre I<sup>er</sup> du Livre II du Code de la Santé publique.

L'augmentation de crédit sollicitée pour l'exercice 1962 est motivée par les dépenses qu'entraîneront les mesures complémentaires prévues dans un projet de décret en préparation.

Il s'agit de :

- la recherche du facteur rhésus lors du premier examen prénatal des femmes primipares ;
- l'institution d'un quatrième examen prénatal.

Ces mesures ont pour but l'abaissement du taux de la mortalité périnatale (mortinatalité + mortalité des 27 premiers jours de la vie), qui reste à peu près constant depuis plusieurs années.

Il s'agit également de rendre obligatoire, au moins une fois par an, une visite médicale préventive des enfants de 2 à 6 ans.

Entre la période où les enfants sont suivis dans les consultations de nourrissons et celle où, fréquentant l'école, ils sont soumis aux visites pratiquées par le service de santé scolaire et universitaire, les enfants se trouvent le plus souvent privés de toute surveillance médicale. Il s'avère indispensable de combler cette lacune.

#### Prophylaxie des maladies vénériennes.

Elle fait l'objet de l'article 3 de ce chapitre. Les crédits ne font l'objet d'aucune mesure nouvelle. Or, depuis plusieurs années, les maladies vénériennes sont en recrudescence dans les grandes villes du monde entier.

On a pu observer, dans un service spécialisé de Paris, que le nombre de syphilis observé en janvier 1961 représentait plus de deux fois et demie celui de janvier 1960.

Cela est d'autant plus grave que cette affection s'est modifiée dans ses aspects cliniques, sans doute sous l'influence des antibiotiques variés, administrés de façon intempestive pour tout et pour rien.

La mise en application du Marché commun déterminera, dans les années à venir, un important échange de populations ; à la faveur de ces migrations, comme cela a été constaté au moment des grandes guerres, les maladies vénériennes seront plus fréquentes.

Votre Commission demande, en conséquence, le maintien de l'armement antivénérien constitué essentiellement par le réseau des dispensaires spécialisés et le renforcement du contrôle sanitaire aux frontières.

*Dépenses de prophylaxie n'ayant pas le caractère obligatoire*

(chapitre 47-13).

La participation de l'Etat à ces dépenses s'est accrue de 170.000 NF au titre des mesures nouvelles pour l'intensification de l'action menée dans la lutte contre le cancer.

Dans la lutte contre les fléaux sociaux et leur prophylaxie, les vaccinations conservent leur place importante. L'effort fait dans chaque département pour la vaccination antipoliomyélitique doit être encouragé et généralisé ; si cette vaccination n'est pas encore devenue obligatoire, l'importante participation de l'Etat en permet le développement.

*Tuberculose. — Surveillance hygiénique du lait*

(chapitres 47-15 et 47-17).

Le budget de 1962 prévoit au chapitre 47-15, service de santé, des subventions à des organismes et œuvres d'intérêt national de caractère sanitaire.

Grâce aux thérapeutiques modernes, la courbe de la mortalité par tuberculose a subi une chute très nette, mais la morbidité demeure, et l'intervention d'œuvres chargées de dépister la maladie ne doit pas être ralentie.

A ce sujet, la Commission a manifesté sa surprise de constater qu'aucun crédit n'est inscrit au chapitre 47-17 concernant la surveillance hygiénique du lait. On connaît la fréquence de la contamination de l'organisme humain, en particulier chez les enfants, par le lait contenant des bacilles tuberculeux. Or, ce sont les services départementaux de la santé, conjointement avec les services vétérinaires et les service de la répression des fraudes, qui sont chargés de la surveillance du lait.

**D. — Aide médicale. — Aide sociale (chapitre 46-22).**

Nous terminerons l'examen des crédits ordinaires du Ministère de la Santé publique et de la Population avec l'étude du chapitre 46-22, qui représente à lui seul un volume de 1 milliard 310 millions de nouveaux francs sur le budget total du Ministère de la Santé publique, soit 87 % des crédits mis à sa disposition.

On constate certaine augmentation de crédits sur le budget de 1961 rendue nécessaire par une adaptation aux besoins actuels, mais plusieurs articles doivent être particulièrement étudiés. Ils concernent :

- 1° L'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes ;
- 2° L'aide sociale aux personnes âgées et l'attribution d'une allocation de loyer ;
- 3° La mise en application de mesures nouvelles en faveur des Départements d'Outre-Mer.

\*  
\* \*

1° Pour l'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes, l'augmentation de plus de 17 millions de nouveaux francs ne correspond pas à des mesures nouvelles autres que celles déjà prévues dans le budget de 1961.

Le supplément de crédits correspond :

— d'une part, à l'augmentation prévisible des prix de journée des maisons de retraite et établissements spécialisés dans la proportion de la moitié environ ;

— d'autre part, à l'augmentation du taux moyen annuel des allocations à domicile (majoration spéciale, allocation de compensation et allocation spéciale aux parents de mineurs grands infirmes) pour une autre moitié.

Il n'est prévu qu'une légère augmentation du nombre des bénéficiaires :

— en ce qui concerne les infirmes placés dans les établissements spécialisés (centre de rééducation et établissements d'aide par le travail) ;

— en ce qui concerne les parents des mineurs grands infirmes par suite du relèvement du plafond de ressources indexées sur le S. M. I. G.

Il a été tenu compte, à l'inverse des diminutions de dépenses qui résulteront du transfert au F. N. S., d'une part, des charges de l'aide sociale par suite de l'attribution de l'allocation supplémentaire en priorité (ordonnance du 7 janvier 1959) et, également, de l'incidence sur le budget de l'aide sociale aux infirmes du regroupement de la totalité des dépenses d'allocation de loyer à l'article 10.

Pour les aveugles et grands infirmes, votre Commission demande :

— le relèvement de l'allocation principale et du plafond de l'aide sociale aux aveugles et grands infirmes afin que celle-ci corresponde aux besoins élémentaires de la vie ;

— la codification des obligations familiales dans un sens similaire à ce qui a été décidé pour les vieillards bénéficiant du Fonds national de solidarité.

2° Article 10. — Attribution aux personnes âgées d'une *allocation de loyer*

Crédits votés : 8.500.000 NF.

Services votés : 48.500.000 NF.

Ces mesures acquises s'élèvent à la somme de 4 millions de nouveaux francs (soit 400 millions d'anciens francs).

Les crédits inscrits à l'article 10 du chapitre 46-22 de la loi de finances pour 1960 ne tenaient compte que de la réforme par-

tielle de l'allocation compensatrice des augmentations de loyer qui était seule envisagée au moment de la préparation du budget de 1961 et qui consistait en une augmentation des taux et une augmentation des bénéficiaires.

L'institution d'un régime entièrement nouveau, consacré par les décrets n° 61-495 et n° 61-498 du 15 mai 1961, entraînera une augmentation de dépense importante.

L'allocation de loyer est caractérisée :

a) Par un champ d'application plus étendu en raison de l'augmentation du nombre de bénéficiaires entraînée par le relèvement du plafond de ressources : 2.010 NF, au lieu de 1.752 NF, et par l'élargissement des conditions d'attribution en ce qui concerne les catégories de logements occupés : toutes les catégories de logements locatifs (et non plus seulement les logements anciens) pourront être pris en considération dès lors que le loyer n'excède pas 140 NF par mois.

b) par des allocations d'un montant plus élevé :

Celles-ci sont en effet calculées sur la base du loyer réel et fixées à un chiffre égal à 75 % du montant de ce dernier, déduction faite des charges.

En outre, les personnes acceptant un échange ou relogées dans le cadre d'une opération d'urbanisme, à l'initiative des pouvoirs publics, pourront bénéficier d'une compensation intégrale des charges nouvelles résultant de ce transfert.

Enfin, les bénéficiaires de l'ancienne allocation compensatrice pourront continuer à percevoir le même taux d'allocation jusqu'à ce que celui-ci ne représente plus que 75 % du loyer réel.

3° Art. 5. — *Mise en application dans les départements d'Outre-Mer de l'article 180 du Code de la famille et de l'aide sociale.*

Ce texte ne s'appliquait que dans les départements métropolitains ; il prévoit l'attribution aux bénéficiaires de l'aide médicale totale depuis au moins trois mois, dépourvus de ressources, d'une allocation mensuelle dite « allocation d'aide médicale ».

L'application de cette disposition avait été différée lors de l'introduction dans les D. O. M. de la réforme des lois d'assistance. La gravité des abus constatés en matière d'aide médicale comman-

dait, en effet, une politique de prudence afin d'éviter l'aggravation de la situation financière de ces départements.

Il a paru toutefois souhaitable de réaliser cette extension afin de réduire les séjours dans les établissements hospitaliers et d'y soigner un plus grand nombre de malades.

Le bénéfice de cette allocation a toutefois été limité aux malades atteints de tuberculose ou de la maladie de Hansen, soignés à domicile (à l'exclusion par conséquent des hospitalisés qui, en métropole, reçoivent une allocation réduite au tiers) lorsque, bien entendu, leur présence dans le milieu familial est sans danger et lorsqu'ils ne peuvent être considérés comme des chroniques et assimilés à des infirmes.

Cette mesure a été consacrée par le décret n° 61-928 du 17 août 1961, et le taux de cette allocation a été fixé à 30.000 anciens francs par an.

*Article 12. — La loi n° 61-815 du 29 juillet 1961 a autorisé dans les départements d'Outre-Mer l'attribution de l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité aux personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale.*

Antérieurement, les personnes âgées de ces départements ne pouvaient en bénéficier parce que l'allocation spéciale aux vieux, avantage ouvrant droit à l'allocation supplémentaire du F. N. S. pour les personnes âgées, n'y était pas introduite ; les personnes âgées ne bénéficiaient donc que de l'aide sociale, soit 192 NF par an.

La loi du 29 juillet 1961 permet aux personnes âgées dépourvues de toutes ressources personnelles de percevoir les deux allocations, soit 192 + 308 NF plus, hors plafond, l'allocation complémentaire du F. N. S., soit 108 NF pour les personnes de moins de soixante-quinze ans et 208 NF pour celles de plus de soixante-quinze ans.

#### **E. — Enfance inadaptée (chapitre 47-22).**

Votre Commission des Affaires sociales s'est penchée longuement sur un problème humain qui n'a pas encore reçu de solution satisfaisante : l'enfance inadaptée.

Il faut considérer l'enfant inadapté, dont l'état permet de le réadapter dans le monde normal, et le débile mental définitif, irrécupérable.

Dans les deux cas, les établissements publics et privés sont en nombre insuffisant, soit pour rééduquer ceux qui pourront, avec un certain retard ou des possibilités réduites, prendre place dans la société, soit pour hospitaliser le débile définitif.

Ce dernier cas est particulièrement douloureux et on ne peut penser sans angoisse aux familles que ce malheur atteint.

Sans attendre les conclusions du service d'études de la population inadaptée, le Ministère doit maintenir et augmenter les subventions aux œuvres privées et élaborer un grand programme de construction d'établissements pour ces enfants.

## DEUXIEME PARTIE

### DEPENSES EN CAPITAL

Le budget d'équipement est en expansion appréciable puisque, si l'on considère les autorisations de programme qui sont celles à travers lesquelles se reflète le mieux l'effort de développement des dépenses d'équipement, on constate que, alors qu'elles s'élevaient en 1961 à 207 millions de nouveaux francs dont 52.860 NF réservés au Centre hospitalier universitaire, le montant arrêté pour 1962 est de 250 millions de nouveaux francs, dont 195 figurent dans le budget et 55, concernant les C. H. U., sont prévus aux Charges communes.

C'est donc une majoration importante des autorisations de programme qui atteste la volonté du Gouvernement de poursuivre l'effort commencé depuis 1958 pour développer notre équipement sanitaire et social.

En revanche, les crédits de paiement, qui étaient de 109 millions en 1961, sont limités à 65 millions en 1962. *Ceci est la démonstration qu'il n'a pas été possible, au cours de l'année 1961, de suivre, en matière de réalisation, l'augmentation importante des autorisations au cours des années précédentes.* Il devra donc être procédé à d'importants reports de crédits.

Il est indispensable d'accélérer l'ensemble de ces opérations d'exécution et de financement de travaux, tant au niveau de l'administration centrale qu'au niveau des collectivités maîtresses d'œuvre.

Le Centre technique d'équipement sanitaire et social doit se consacrer à cette tâche. Il doit faire l'objet d'une large diffusion auprès des commissions administratives qui auront recours à lui.

L'ordre de priorité des projets pourrait être également modifié dans le cas où certaines collectivités seraient prêtes à financer leur part dans les réalisations.

Le plan quadriennal 1962-1965 a été présenté le 17 octobre dernier par le Commissaire général au Plan au Conseil supérieur ; l'équipement sanitaire et social comprend un volume de 3 milliards 700 millions de nouveaux francs. Il est donc en augmentation de 1 milliard 200 millions de nouveaux francs sur le précédent.

Il vise quatre objectifs essentiels :

1. — La mise en application de la réforme des études médicales nécessitant la construction des centres hospitaliers universitaires.

2. — La modernisation des nombreux établissements vétustes sous-occupés : hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, hospices.

3. — La desserte des habitants des zones en cours d'urbanisation, avec équipement sanitaire classique, centres sociaux et logements de vieillards.

4. — Les besoins sociaux en particulier : l'enfance inadaptée et l'enfance délinquante, ainsi que la recherche scientifique et technique.

Le Gouvernement est appelé à soumettre au Parlement ces divers objectifs et je pense qu'il s'y instaurera un débat constructif pour la réalisation de ce plan d'équipement sanitaire et social.

## TROISIEME PARTIE

### L'EXAMEN DU PROJET EN COMMISSION

Plusieurs commissaires sont intervenus à l'occasion de l'examen en commission du présent rapport.

M. le Président Menu a insisté sur la priorité à donner aux projets techniquement prêts dont les collectivités seraient prêtes à financer leur part contributive, ainsi que sur le problème de la formation des travailleuses familiales.

M. Lagrange désirerait une unification des plafonds de ressources relatifs à l'aide sociale. Il demande que des crédits importants soient attribués aux œuvres privées s'intéressant à l'enfance inadaptée, en particulier aux débiles profonds.

M. Henriet a attiré l'attention sur le niveau élevé des premiers examens exigés du personnel infirmier.

M. Lévêque estime que les frais occasionnés par les écoles d'infirmières ne devraient pas être supportés par le prix de journée des établissements hospitaliers qui, bénévolement, en prennent l'initiative et en assurent le fonctionnement.

M. Fournier a insisté sur la nécessité de création et d'extension des instituts médico-pédagogiques.

M. Bernier a demandé que soit accentué pour les D. O. M. le plan social tant pour la Sécurité sociale que pour le secteur d'aide sociale.

Mme Cardot a demandé que soit augmenté le plafond des ressources pour le calcul des allocations militaires.

M. Audy a attiré l'attention sur la misère de l'équipement en faveur des vieillards dans le milieu rural.

M. Grand a demandé que soit dressé l'inventaire des besoins — qui sont grands — pour l'enfance inadaptée.

\*

\* \*

C'est sous le bénéfice de ces observations que votre Commission donne un avis favorable à l'adoption des dispositions du projet de loi de finances intéressant la Santé publique et la Population.